



# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE **minerva** 10-00

Ciudad <b>Medellin</b>	Fecha D <b>16</b> M <b>10</b> A <b>2021</b>	Empleo o cargo solicitado <b>Conductor</b>	Código cargo
---------------------------	--	---	--------------

(\*) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995.

## I. DATOS PERSONALES

(\*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido <b>Hincupie</b>	Segundo apellido <b>Castañeda</b>	Nombres <b>Kevin Alejandro</b>	
Profesión, ocupación u oficio <b>Conductor</b>	Años de experiencia laboral <b>3 años</b>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <b>\$ asignado</b>	
Lugar de nacimiento <b>Caldas - Antioquia</b>	(*) Fecha de nacimiento D <b>02</b> M <b>02</b> A <b>2000</b>	(*) Estado civil <b>Soltero</b>	
Dirección domicilio <b>Cra 59B # 55-30</b>	Barrio <b>Calatrava</b>	Teléfono <b>7941365</b>	
Cédula de ciudadanía: N° <b>1000920201</b>	(**) Libreta militar N°		
Expedida en: <b>Itagüí</b>	Distrito N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Licencia de conducción <b>1000920201</b>	¿Vivienda propia? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <b>Trans Vida</b>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <b>indefinido</b>



## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento <b>I.E. Juan N. Cevallos</b>	Ciudad <b>Medellin</b>	Último grado cursado <b>6°</b>	Fecha
Bachillerato	Establecimiento <b>Diego echavarría misas</b>	Ciudad <b>Itagüí</b>	Último grado cursado <b>11°</b>	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Qué estudios realiza actualmente?				Horario:

## III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa <b>Trans Vida</b>	Dirección <b>calle 48 # 68-98</b>	Teléfono(s) <b>2300200</b>	
Nombre de su jefe inmediato <b>Jorge Tapias</b>	Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>Conductor</b>		
Funciones realizadas <b>Manejar las especiales</b>			
Fecha de ingreso <b>06 de febrero</b>	Fecha de retiro	Sueldo inicial <b>\$ asignado</b>	Sueldo final o actual <b>\$</b>
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa <b>Trans brasil</b>	Dirección	Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial <b>\$</b>	Sueldo final <b>\$</b>
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			



#### IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>
GANADERÍA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>
MINERÍA	<input type="checkbox"/>	Papel y Cartón	<input checked="" type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>
PETRÓLEO / GASOLINA	<input type="checkbox"/>	Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	BODEGAJE	<input type="checkbox"/>	VIGILANCIA	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Reciclaje	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	<input type="checkbox"/>	FINCA RAÍZ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#### V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Carga actual		Dirección		Teléfono	
N° de personas que dependen económicamente del solicitante		Parentesco		Edades	
1		Madre		44 - 42	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio			
Martha Cecilia Castañeda		Ama de casa			
Oscar Alejandro Hincapié		Conductor			

#### VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Natalia Sánchez M	Estudiante	Cra 60 # 64 - 17	3016940824
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Carolina Sánchez M	Maestra de Química	Cra 60 # 64 - 17	3046384903

#### VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input checked="" type="checkbox"/>	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
	Agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre de la persona que lo recomienda		División o departamento	
Alejandro Sanchez			
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos			

#### Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

#### Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

#### Firma del solicitante

Kevin Hincapié  
C.C. 1000920201

#### VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
Vo. Bo. como candidato.		Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
Vo. Bo. como candidato.		Firma	Fecha
Conclusiones			
Candidato seleccionado definitivamente		Contrátese a partir del	Sueldo
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		\$
Candidato elegible próximamente		Cargo	Tipo de contrato
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación





**Ips Firmédica**  
**Nit: 901296322-5**  
**Dirección: Calle 48 #65-42**  
**Telefono: 5017655**  
**Email: ipsfirmédica@gmail.com**



### Información General

<b>No. ingreso</b>	14813	<b>Fecha Impresión</b>	2022-04-01
<b>Fecha Ingreso</b>	2022-04-01 06:27:02	<b>Nombre</b>	KEVIN ALEJANDRO HINCAPIE CASTAÑEDA
<b>CC</b>	1000920201	<b>Sede</b>	IPS FIRMEDICA
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR	<b>Tipo de Examen</b>	POST INCAPACIDAD
<b>Fecha Nacimiento</b>	2000-02-02	<b>Edad</b>	22 años
<b>Dirección</b>		<b>Telefono</b>	3013272487
<b>Estado Civil</b>	Soltero(a)	<b># Hijos</b>	0
<b>Empresa a Laborar</b>		<b>Fecha Salida</b>	2022-04-01 08:22:01
<b>Empresa Contratante</b>	TRANSPORTE Y VIAJES MEDELLIN	<b>Nombre Acompañante</b>	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



### Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NEGATIVO
AUDIOMETRIA DE GANANCIA TOTAL	NORMAL	COCAINA	NEGATIVO
VISIOMETRIA	NORMAL		

### Certificación de Aptitud

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO Observaciones: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE QUE EL DIA 30/01/2022, SIENDO LAS 19:56 DE LA NOCHE SUFRE UN ACCIDENTE DE TRANSITO CON OTRA MOTO QUE VIENE DE FRENTE, PRESENTANDO TRAUMA CONTUSO EN ZONA CLAVICULAR DERECHA CON CREPITACION Y DOLOR INTENSO CON LIMITACION PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE HOMBRO LATERAL, ADEMÁS TRAUMA CONTUSO DEL MUSLO IZQUIERDO CON GRAN DEFORMACION EN EL TERCIO MEDIO Y EDEMA DOLOR INTENSO, Y REFIERE QUE EL DIA 02/02/2022 ES SOMETIDO A REALIZACION DE CIRUGIA DE OSTEOSINTESIS DEL FEMUR DE LA PIERNA IZQUIERDA Y TAMBIEN OSTESINTESIS EN LA CLAVICULA DERECHA Y OPERADO POR EL DR GERMAN EDUARDO GARCIA ORTOPEDISTA CON R.M 1031655843, Y REFIERE EN LA HISTORIA CLINICA QUE NO HUBO NINGUNA COMPLICACION DE LA CIRUGIA. RECOMENDACIONES: - POR AUTORIZACION DEL MEDICO TRATANTE DONDE RECOMIENDA UN REINTEGRO PROGRESIVO A SUS ACTIVIDADES LABORALES DE (CONDUCTOR DE CARRO) DESPUES DE TERMINADA LA INCAPACIDAD. - REALIZAR LAS 10 SESIONES PENDIENTES DE LAS TERAPIAS FISICAS. - SE RECOMIENDA QUE EN LA 1 SEMANA DE TRABAJO SOLO SEA POR MEDIA JORNADA ( 4 HORAS) .- EN LA 2 SEMANA DE ( 6 HORAS) .- EN LA 3 SEMANA DE ( 8 HORAS) .-NO DEBES DE HACER ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN TROTAR, CORRER, SALTAR, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA FRECUENTES, NO CAMINAR SOBRE TERRENOS HUMEDOS, RESBALADIZOS O IRREGULAR. -NO DEBES REALIZAR ACTIVIDADES CON POSTURA RECARGADA SOBRE UN UN SOLO MIEMBRO INFERIOR. - REALIZAR LAS 10 SESIONES DE TERAPIAS FISICAS PENDIENTE EN SU EPS. - SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE SI HAY DOLOR O LIMITACION PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD ACUDIR A SU EPS O MEDICO TRATANTE PARA UNA POSTERIOR VALORACION. - BAJAR DE PESO. - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ESTIRAMIENTO TANTO DE EL BRAZO DERECHO Y PIERNA IZQUIERDA CADA HORA. - NO LEVANTAR PESO. - ACUDIR AL CONTROL MEDICO EN 2 MESES CON RESULTADOS DE RX DE CONTROL DE CLAVICULA DERECHA Y FEMUR IZQUIERDO.

### Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

### Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Continuar manejo médico
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

### Recomendaciones Específicas Trabajador

Se dan recomendaciones de uso de elementos de protección personal según protocolo de bioseguridad de la empresa y EPP requeridos según su cargo. \* Acatar a cabalidad el protocolo de bioseguridad determinado por la empresa. \* Se recomienda que en caso de presentar sintomatología relacionada con el sistema respiratorio sugestivo de covid-19 debe consultar telefónicamente a la Entidad de salud pertinente e informar a su coordinador. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA

### Observaciones

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE QUE EL DIA 30/01/2022, SIENDO LAS 19:56 DE LA NOCHE SUFRE UN ACCIDENTE DE TRANSITO CON OTRA MOTO QUE VIENE DE FRENTE, PRESENTANDO TRAUMA CONTUSO EN ZONA CLAVICULAR DERECHA CON CREPITACION Y DOLOR INTENSO CON LIMITACION PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE HOMBRO LATERAL, ADEMÁS TRAUMA CONTUSO DEL MUSLO IZQUIERDO CON GRAN DEFORMACION EN EL TERCIO MEDIO Y EDEMA DOLOR INTENSO, Y REFIERE QUE EL DIA 02/02/2022 ES SOMETIDO A

REALIZACION DE CIRUGIA DE OSTEOSNTESIS DEL FEMUR DE LA PIERNA IZQUIERDA Y TAMBIEN OSTESINTESIS EN LA CLAVICULA DERECHA Y OPERADO POR EL DR GERMAN EDUARDO GARCIA ORTOPEDISTA CON R.M 1031655843, Y REFIERE EN LA HISTORIA CLINICA QUE NO HUBO NINGUNA COMPLICACION DE LA CIRUGIA. RECOMEDACIONES: .- POR AUTORIZACION DEL MEDICO TRATANTE DONDE RECOMIENDA UN REINTEGRO PROGRESIVO A SUS ACTIVIDADES LABORALES DE (CONDUCTOR DE CARRO) DESPUES DE TERMINADA LA INCAPACIDAD. .- REALIZAR LAS 10 SESIONES PENDIENTES DE LAS TERAPIAS FISICAS. .- SE RECOMIENDA QUE EN LA 1 SEMANA DE TRABAJO SOLO SEA POR MEDIA JORNADA ( 4 HORAS) .- EN LA 2 SEMANA DE ( 6 HORAS) .- EN LA 3 SEMANA DE ( 8 HORAS) .-NO DEBES DE HACER ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN TROTAR, CORRER, SALTAR, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA FRECUENTES, NO CAMINAR SOBRE TERRENOS HUMEDOS, RESBALADIZOS O IRREGULAR. .-NO DEBES REALIZAR ACTIVIDADES CON POSTURA RECARGADA SBRE UN UN SOLO MIEMBRO INFERIOR. .- REALIZAR LAS 10 SESIONES DE TERAPIAS FISICAS PENDIENTE EN SU EPS. .- SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE SI HAY DOLOR O LIMITACION PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD ACUDIR A SU EPS O MEDICO TRATANTE PARA UNA POSTERIOR VALORACION. .- BAJAR DE PESO. .- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ESTIRAMIENTO TANTO DE EL BRAZO DERECHO Y PIERNA IZQUIERDA CADA HORA. .- NO LEVANTAR PESO. .- ACUDIR AL CONTROL MEDICO EN 2 MESES CON RESULTADOS DE RX DE CONTROL DE CLAVICULA DERECHA Y FEMER IZQUIERDO.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



**Profesional:** JAIRO ZAMBRANO ESCORCIA  
**CC:** 8634458  
**Registro médico:** 0134/1997  
**Licencia N°:** 63-1333

Kevin Hincapié

**Firma del trabajador:** KEVIN ALEJANDRO HINCAPIE CASTAÑEDA  
**CC:** 1000920201